17

Synthèse critique

L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives

Georges Desrosiers,
Benoît Gaumer

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

17

Synthèse critique

L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives

Georges Desrosiers,
Benoît Gaumer

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08463-6

L'OCCUPATION D'UNE PARTIE DU CHAMP DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE PAR L'HOPITAL GÉNÉRAL = FAITS, CONSÉQUENCES, ALTERNATIVES

Georges Desrosiers et Benoît Gaumer

février 1987

Plan

page

1. Introduction 1

2. La réalité des faits et la distorsion entre le discours et la pratique 4

   2.1 Les faits 4

   2.2 Les initiatives des gouvernements fédéraux et provinciaux . . . 17

   2.3 Le rôle des groupes de pression (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Association des hôpitaux de la province de Québec) 35

3. De l'inconvénient d'une médecine de première ligne installée dans les hôpitaux 49

4. Les alternatives 55

   4.1 Les fausses solutions de l'hôpital extra muros et de l'hospitalisation à domicile 56

   4.2 Les risques d'une politique de fragmentation des ressources . . 60

   4.3 Pour une alternative enracinée dans les traditions du Québec . 62

5. Synthèse et recommandations 67

6. Annexe 75

1. Introduction

Dans un document publié en 1968[1], le principal syndicat de professionnels de la santé par son poids apparent sur les politiques de santé préconisait "d'abandonner le concept traditionnel d'hôpital pour utiliser de plus en plus celui de centre de santé. Ces centres de santé (régionaux, sous-régionaux, locaux et ruraux) seront conçus:

1- comme des institutions, regroupant l'ensemble des équipements et du personnel offrant les diverses catégories de soins (préventifs, curatifs, diagnostiques et de réadaptation);

2- comme des organismes coordonnant l'ensemble des activités sanitaires sur le territoire desservi, y compris les soins à domicile, le dépistage dans les écoles, l'éducation sanitaire etc... La notion de lit d'hôpital n'est pas essentielle à la définition de ces centres puisque certains d'entre eux, pourront ne pas en avoir".

La FMOQ définit ainsi ce qu'elle dénomme la régionalisation des services de santé et dont elle appelle de ses voeux la naissance. De plus pour la fédération "l'intégration des effectifs impliquera qu'au sommet se développera un nouveau type d'administrateurs de la santé qui

---

1. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Elément d'une politique de la santé. Efficacité - Equité - Qualité. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal, juin 1968.

succèdera probablement ou encore qui se superposera à l'administrateur d'hôpital traditionnel. Ce nouveau type d'administrateur devra avoir une vue beaucoup plus globale des problèmes de santé, à la fois au niveau de la communauté et des divers types de soins que le centre de santé sera appelé à coordonner (soins hospitaliers, cliniques externes, soins à domicile, dépistage, éducation etc...)"

Ces accents, comme nous allons le voir imprègnent tout le discours contenu dans le rapport lui-même de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et on en retrouve des traces dans le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé au niveau fédéral.

Les réformateurs n'ont-ils pas péché par confiance excessive dans "les méthodes modernes de planification et de décisions rendues possibles grâce à l'utilisation d'ordinateurs" ne prenant pas suffisamment garde aux résistances du milieu, identifiant insuffisamment les forces et les faiblesses du système de santé, négligeant les leçons du passé pour mieux repérer les tendances porteuses d'avenir, cherchant à substituer "l'administration des choses au gouvernement des hommes" en pousuivant "le rêve de la rationalité"[2].

Un fait est là! L'intégration des services de santé et la régionalisation des ressources ne s'est pas réellement produite. La médecine dite de première ligne ou les services socio-sanitaires tels

---

2. M. Crozier. Le mal américain. Fayard, Paris, 1980, 429p.

que définis dans ce document se sont développés autour de cinq pôles qui communiquent peu, la seule expérience d'intégration des services sociaux "non spécialisés" aux CLSC (le 1er pôle) ayant été imposée aux CSS (le 2e pôle) par le ministère des Affaires sociales[3]. S'il est vrai que l'intégration des professionnels ne signifie pas forcément réunion sous le même toit et que cette opération n'entraîne pas automatiquement la fin de la duplication des services et surtout la globalisation de la prise en charge des besoins, ce partage des responsabilités entre les deux pôles publics principaux des ressources socio-sanitaires est un pas vers l'intégration. Le 3e pôle est représenté par la médecine omnipraticienne privée qui pour des raisons qui seront analysées plus loin aura laissé l'hôpital, le 4e pôle, continuer à occuper une partie importante du champ des services de santé de 1ere ligne. Le 5e pôle d'apparition récente (mais ne s'agit-il pas d'une résurgence de courants plus anciens?) est représenté par ce que certains préfèrent appeler les "médecines différentes"[4]. Dans cette étude nous centrerons notre analyse sur la place de l'hôpital général (c'est-à-dire les centres hospitaliers de courte durée excluant les instituts spécialisés) dans le champ des soins de 1ere ligne. Partant des faits et du discours qui les accompagnent, nous dégagerons les conséquences qui font problèmes pour tenter de dessiner les alternatives.

---

3. Le partage des responsabilités CSS/CLSC en matière de services sociaux. Document du ministère des Affaires sociales, 11 juin 1984. Conférence de presse de Camille Laurin.

4. P. Cornillot. La montée des médecines différentes. Revue française des affaires sociales, mai 1986.

2. La réalité des faits et la distorsion entre le discours et la pratique

L'amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux services de santé pour l'ensemble de la population du Québec depuis au moins les 15 dernières années semble bénéficier du consensus de tous les observateurs.

Celle-ci s'est traduite par un recours facilité, non seulement aux services de santé première ligne mais surtout semble-t-il aux ressources hospitalières de soins ambulatoires.

Comme nous allons le voir dans ce chapitre, les centres hospitaliers de soins de courte durée paraissent jouer un rôle important en termes de volume d'activités de 1ere ligne et de budgets publics alloués, peut être au détriment de structures à vocation plus spécifiques de soins de santé primaires comme les CLSC. Ces faits paraissent s'expliquer assez aisément lorsqu'on considère d'une part les initiatives des gouvernements fédéraux et provinciaux depuis les 30 dernières années et d'autre part les prises de positions des principaux groupes professionnels comme l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

2.1 Les faits

Contrairement aux apparences et parfois au discours officiel, l'hôpital continue d'occuper une place importante dans le champ de la

santé de première ligne au Québec. C'est ce que démontre les rares études concernant l'analyse comparée des différentes formes organisationnelles de la médecine de première ligne dans la province.

2.1.1 Les travaux de la fédération des CLSC

Particulièrement intéressés à démontrer leurs coûts de fonctionnement relativement peu élevé par rapport à l'ensemble du système de santé, les CLSC à l'occasion de leur congrès annuel ont régulièrement tenté de comparer leur coût global à celui des autres secteurs dits de première ligne[5]. S'appuyant sur les travaux de chercheurs du MAS ayant tenté une typologie des catégories de dispensateur de services de santé de première ligne[6], ils démontrent que malgré les taux de croissance en apparence favorables pour les CLSC, ce sont les services externes des hôpitaux et la médecine privée qui bénéficient le plus des hausses en montant d'argent absolu (tableau I) entre 1974-75 et 1977-78, ce qui fait que l'écart s'accroît entre ces deux dernières formes d'organisation des soins de 1ere ligne et les CLSC.

---

5. Document support. Congrès. "Le CLSC acteur d'une meilleure politique de santé au Québec", Fédération des CLSC du Québec, Hull, 24, 25 et 26 octobre 1980, p. 24.

6. J.C. Perreault et M.A. St-Pierre. Analyse des dépenses et de l'utilisation des services de santé de première ligne. Québec et ses régions 1974-75 à 1977-78, ministère des Affaires sociales, Québec, décembre 1979.

Tableau I

DÉPENSES COMPARÉES DES DIFFÉRENTES RESSOURCES DE PREMIÈRE LIGNE DU QUÉBEC (en millions de $) Evolution de 74 à 78

	74 - 75	77 - 78	hausse en million de $ (entre 74 et 78)
Service externe des CHCD	127,1	200,9	73,8
CLSC (*)	10,1	33,8	23,7
DSC	5,6	36,0	3i,4
Service à domicile	10,7	26,8	16,1
RAMQ (**)	164,0	249,1	85,1
Autre	10,3	20,9	10,6
Total des services ambulatoires	328,8	567,7	239,7

(*) La mention CLSC inclut le budget global des CLSC, y compris la dimension sociale.

(**) Les services de la Régie de l'assurance-maladie du Québec n'incluant ici que les services de première ligne, à l'exclusion des services spécialisés, des références, des services en milieu institutionnel...

Source = référence 5.

Malgré l'intérêt de ce type de regroupment des services ambulatoires, cette étude bute sur le problème d'une bonne définition des services de santé de première ligne et les difficultés à obtenir dans les rapports comptables des postes d'activités suffisamment détaillées qui permettent ensuite le regroupement pour des comparaisons inter-ressources[7].

En particulier il est possible que la catégorie services externes de centres hospitaliers de courte durée mériterait d'être dissociée en sous-domaines comme les salles d'urgences, les consultations externes spécialisées et les services ambulatoires de rééducation.

Nous verrons plus loin lors de la présentation de notre approche économique que les données sur lesquelles elle s'appuie souffrent de faiblesse de même nature.

2.1.2 Les études comparées Québec - Ontario du ministère des Affaires sociales

Malgré les réserves que l'on peut formuler concernant la comparabilité des données comptables hospitalières des deux provinces, il semble bien que "le nombre de visites en clinique externe et à

---

7. M. Beaupré et M.A. St-Pierre. Evolution des domaines d'activités du réseau des affaires sociales sur une période de 5 ans. Définitions, sources et méthodes. Service d'études opérationnelles. Direction de l'évaluation des programmes. Ministère des Affaires sociales, Québec, mars 1984.

l'urgence par rapport à la population atteint un niveau beaucoup plus élevé au Québec, soit plus d'une fois et demie, à la faveur d'une progression plus rapide des visites au Québec[8] (Tableau II).

Les auteurs concluent et on ne peut qu'être d'accord avec eux que la population du Québec est desservie beaucoup plus que celle de l'Ontario par les services externes. Cette importance, du domaine d'activités des soins ambulatoires des centres hospitaliers de soins de courte durée au Québec est confirmée par la progression de l'indice de visites externes entre 1979 et 1985. Il croît légèrement plus vite (base 100 en 1979-1980, 116.36 en 1984-1985) que l'indice de journées d'hospitalisation (base 100 en 1979-1980, 113.77 en 1984-1985)[9].

Tout le problème est de connaître la nature précise des services offerts par ces visites. S'agit-il de services de première ligne, urgence dite mineure comprise, délivrés par des omnipraticiens, des urgentologues et des résidents ou des services de référence offerts par des spécialistes? Seule l'analyse des activités hospitalières externes au travers des données brutes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec permettrait d'identifier les différentes

---

8. Gilles Houde et Jacques Lefort. Performance des hôpitaux 1969-1975. Etablissements publics de soins généraux, études économiques, planification financière. Ministère des Affaires sociales, Québec, 12 mai 1977.

9. Michel Beaupré et Pierre Boucher. Utilisation des ressources humaines dans le secteur hospitalier au Québec 1979-1980 à 1984-1985. Service des études opérationnelles. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, mai 1986.

Tableau II

VISITES EN CLINIQUE EXTERNE ET À L'URGENCE DES HÔPITAUX
ANALYSE COMPARÉE QUÉBEC ET ONTARIO
1969 À 1975 (p 1000 habitants)

Année	Québec	Ontario	Variation annuelle (en %) Québec	Ontario
1969	615,4	440,4	-	-
1970	656,1	514,2	+ 6,6	+16,8
1971	853,1	572,8	+30,0	+11,4
1972	974,3	620,4	+14,2	+ 8,3
1973	1 167,6	662,0	+19,8	+ 6,7
1974	1 080,3	701,0	- 7,5	+ 5,9
1975*	1 358,8	ND	+25,8	ND

ND = non déterminé
* estimé par le ministère des Affaires sociales
Source: réf. 8

catégories de services ambulatoires et de les regrouper ensuite en des agrégats d'activités permettant l'analyse comparée des tendances évolutives entre ressources de première ligne. Comme nous le verrons ultérieurement les formulaires AS 471 du ministère de la Santé et des Services sociaux (anciens rapports DGF 1 du ministère des Affaires sociales) permettent de comparer seulement des groupes d'activités avec toute l'ambiguïté des définitions basées sur les guides budgétaires mais interprétés par ceux qui sont en charge de la collecte de ces données dans le réseau.

Quoiqu'il en soit, les études qu'il serait souhaitable d'approfondir ne pourront à notre avis que confirmer cette particularité du système hospitalier québéquois par rapport à l'Ontario. Les études macro-économiques feraient même ressortir que le coût total en clinique externe, par visite à l'externe et à l'urgence serait de 4,07$ au Québec soit 40,2% de moins qu'en Ontario mais il s'agissait de l'année 1974-1975. Ceci signifierait-il que les cas de médecine les plus légers sont traités à l'externe au Québec alors qu'ils sont hospitalisés en Ontario ce que suggèrent les chercheurs du MAS ou plus vraisemblablement que les cliniques externes jouent un rôle différent dans les deux provinces, plus réservées aux recours spécialisés en Ontario, faisant office de services de santé de première ligne au Québec? Les études actuelles ne permettent pas de trancher[10].

---

10. Gilles Houde et Yvonnick Roy. La comparaison des hôpitaux généraux publics du Québec et de l'Ontario, années 1977-78 et 1978-79. Direction des études financières, direction générale du budget et des contrôles financiers. Ministère des Affaires sociales, Québec, 17 mai 1982.

2.1.3 Analyse comparée des activités dites de première ligne pour les bénéficiaires non institutionnalisés des centres hospitaliers de soins de courte durée

Entre 1974-75 et 1977-78 les budgets des services ambulatoires en santé ont connu une hausse importante lorsqu'on les compare à l'ensemble des dépenses gouvernementales, du ministère des Affaires sociales et surtout à celles de l'hospitalisation en courte durée (tableau III). Cet effort ne s'est pas maintenu et les services de première ligne publics semblent avoir particulièrement souffert des coupures budgétaires. Il faudra attendre l'année financière 83-84 pour voir réapparaître un véritable effort du ministère des Affaires sociales en faveur de ses services de première ligne. La régression est particulièrement brutale entre 77-78 et 78-79 alors que le budget hospitalisation en centre hospitalier de courte durée augmente de 300 millions de $ c'est-à-dire le double des crédits alloués aux services publics de première ligne extra-hospitaliers (CLSC).

Lorsqu'on compare les crédits alloués à ces services aux dépenses entraînées par les actes des médecins généralistes rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le contraste est aussi saisissant.

L'analyse de la structure des dépenses en centre hospitalier de courte durée selon le modèle développé par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (A.P. Contandriopoulos et al) à partir des 4 fichiers composant sa banque de données informatisée nous permet de confirmer cette tendance au maintien sinon au développement des

Tableau III

CRÉDITS ALLOUÉS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE PAR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET/OU LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC ET ÉLÉMENTS DE COMPARAISON AVEC LE BUDGET TOTAL DES CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE ET DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (en millions de $) de l'année

	71-72	74-75	77-78	78-79	81-82	83-84	84-85
CLSC*	-	114,9	226,1	146,2	155,0	245,5	318,1
RAMQ**	58,4	81,0	223,3	160,6	213,3	251,1	412,9
CHCD	574,3	1093,6	1464,7	1768,3	2491,1	3842,7	3531,3
MAS	1516,8	2427,7	3914,8	4582,2	4751,0	5474,7	5790,1

* Comprend services de santé scolaire et soutien aux organismes bénévoles

** Visites à domicile et consultations au cabinet des médecins omnipraticiens

Sources: Rapports annuels du ministère des Affaires sociales et statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, Québec

activités externes dans les centre hospitalier de courte durée (tableau IV). Les données brutes ne nous permettent pas de distinguer parmi les activités diagnostiques, celles qui sont à l'externe; il en est de même pour les activités préventives et les activités de réadaptation ce qui sous-évalue probablement la part des activités externes lorsqu'on les apprécie au travers de la seule rubrique activités thérapeutiques externes.

Cependant activités externes ne signifie pas services dits de première ligne et ces données doivent donc être interprétées avec prudence quant à l'objectif de ce travail concernant la place de l'hôpital dans le champ des soins de santé primaires.

Faute de sources de données moins agrégées, il nous est impossible par exemple de vérifier l'hypothèse selon laquelle cette place varie selon le statut hospitalier, avec ou sans DSC, avec ou sans vocation de centre hospitalier et universitaire, avec ou sans services ultra-spécialisés.

2.1.4 Analyse comparée des dépenses de soins prolongés et d'hébergement Québec-Ontario

Des données historiques sont présentées dans le document "Coût et financement du système de santé" de A.P. Contandriopoulos lors du positionnement du système socio-sanitaire québécois par rapport à l'Ontario et le reste du Canada. Elles confirment l'écart entre les deux provinces concernant l'hébergement des personnes âgées. En 1980 le

Tableau IV

ÉVOLUTION DES DÉPENSES PAR GROUPE D'ACTIVITÉS
CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE, QUÉBEC (en milliers de $)
de l'année

	78-79	80-81	82-83	(78-83) hausse en $	(78-83) hausse en %
Activités* préventives	55 041	50 958	80 268	25 227	45,8
Activités diagnostiques	243 607	251 171	288 479	44 872	18,4
Activités thérapeutiques externes	110 873	132 460	162 230	51 857	46,9
Activités de réadaptation	26 590	44 613	54 883	28 293	106,4
Activités de soutien et protection*	5 237	6 051	9 351	4 114	78,5
Total	1 934 884	2 446 109	3 015 313	1 080 429	55,8

* Il s'agit de l'aide à domicile et de l'assistance aux bénéficiaires à l'interne comme à l'externe

Sources: Service des études opérationnelles. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Projet S.I.S.O., Québec, Oct. 1986.

Québec par rapport à l'Ontario consacrait 53$ de plus par habitant (38%) pour les dépenses totales et 70 $ de plus par habitant (74%) pour les dépenses publiques[11].

De nombreux observateurs imputent cela au fait que le Québec à la différence d'autres provinces comme l'Ontario mais surtout le Manitoba et la Colombie-Britannique aurait misé d'abord sur des ressources institutionnelles publiques pour répondre aux besoins des personnes âgées avant de développer les ressources alternatives à l'institutionnalisation[12]. Faute d'une politique de service de santé à domicile mise en oeuvre suffisamment tôt, on peut légitimement estimer qu'une fraction (cependant mal connue) de services délivrés dans les centres hospitaliers de courte durée relève de la première ligne*.

L'existence d'un secteur réservé aux soins prolongés dans les centres hospitaliers de courte durée contribue à augmenter la part de ce qui devrait relever de soins ambulatoires ou de première ligne. L'expérience du Québec et du Canada mais aussi de nombreux pays industrialisés ayant cherché à freiner leurs dépenses hospitalières en développant les services ambulatoires plaide en faveur d'une réduction

---

11. J.G. Boutin et al. Comparaisons Québec-Ontario sur l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux. Analyse descriptive. Ministère des Affaires sociales, Québec, juillet 1983.

12. R.A. Kane and R.L. Kane. The feasability of universal long term care benefits. Ideas from Canada. The New England Journal of Medicine, Vol. 312(21), May 23, 1985, pp. 1357-1364.

* Voir en annexe la définition retenue de services de santé primaires ou soins de première ligne.

ou à tout le moins d'uns stabilisation des ressources d'hébergement hospitalisation parallèlement au renforcement des capacités de soins de première ligne. Un arbitrage douloureux s'impose donc, de nature politique, entre les différentes ressources pour éviter le phénomène inflationiste de l'offre qui crée la demande.

Concernant le contrôle des coûts des services de soins prolongés offerts aux personnes âgées, l'expérience du Québec serait plutôt à rapprocher des provinces du Manitoba et de la Colombie-Britannique que de l'Ontario en raison de la similitude des systèmes d'admission et transfert dans le réseau des ressources de soins prolongés. Au Québec, malgré les réserves formulées à l'égard du Système de classification par type en milieux de soins et services prolongés, il semblerait que les régions ayant mis en place cet instrument d'orientation admission dans le réseau auraient vu leur liste d'attente et la période d'attente de leur clientèle de bénéficiaires diminuer sensiblement[13].

Au Manitoba comme en Colombie-Britannique, la mise en place d'un système de contrôle des demandes d'hébergement ou/et service de soins prolongés respectivement en 1974 et 1979 s'est accompagnée d'une stabilisation de la croissance des lits d'hébergement et d'une expansion des services de soins à domicile.

---

13. Ministère des Affaires sociales. Rapport annuel 1984-1985. Québec.

2.2 Les initiatives des gouvernements fédéraux et provinciaux

Bien que le concept de soins de santé primaires soit d'origine récente, les médecins comme les administrateurs des services de santé tout comme d'ailleurs certains hommes ou partis politiques et groupes de citoyens(nes) n'ont pas attendu la déclaration d'Alma Ata pour recommander le développement des services de soins à domicile à partir des hôpitaux[14]. Longtemps "considérés comme des lieux de refuge où les plus déshérités et les sans logis allaient mourir" beaucoup d'hôpitaux de la province ont vu le jour bien avant que l'essor des sciences médicales en fasse un lieu de rencontre considéré comme privilégié pour les praticiens et sécurisant pour les malades. Au début de ce siècle "la médecine était individuelle et les soins étaient en grande partie prodigués à domicile" (réf. 14).

Au Canada il semblerait que le premier service de soins à domicile sur base hospitalière ait été organisé par l'hôpital Reddy Memorial de Montréal en 1950. "Depuis, une trentaine de nouveaux services ont été ou sont en voie d'être institués au pays. La province de Québec compte présentement environ 12 de ces services plus un certain nombre s'occupant exclusivement de patients psychiatriques"[15].

---

14. Conférences prononcées à la session d'étude consacrée aux services coordonnés de soins à domicile les 19 et 20 octobre 1967 à la maison Montmorency. Association des hôpitaux du Québec, Québec, décembre 1967.

15. Exposé de M. Jean-Claude Martin. Institut supérieur d'administration hospitalière, Université de Montréal, paru dans référence (14).

Dans l'ensemble cependant ce phénomène ne prit jamais l'ampleur qu'il aurait probablement mérité, les médecins d'hôpitaux étant beaucoup plus préocupés de renforcer le fonctionnement interne de la "corporation" (c'est-à-dire l'institution hospitalière) en l'adaptant à une "époque de transformations générales exceptionnelles" non seulement dans le domaine scientifique mais aussi politique, économique et social et même religieux[16].

2.2.1 La Commission royale d'enquête sur les services de santé et la coordination des services de santé au niveau communautaire (1965)

Dans son premier rapport publié en 1964 la Commission recommande:

> "Que tous les hôpitaux canadiens comptant au moins 100 lits instituent un programme de soins à domicile, indépendamment ou de concert avec d'autres hôpitaux de la même région, avec d'autres organismes communautaires, le service de santé local ou une combinaison de ces organismes"[17].

Prenant acte de "l'évolution des concepts de santé et soins de santé" les membres de la commission expriment en des termes identiques à ceux du rapport Lalonde, l'importance du "milieu" dont "l'homme fait partie intégrante", de la "planification, de la santé partie intégrante des soins de bonne santé". Pour les auteurs du rapport "l'éducation en

---

16. G.E. Cartier. Réflexions sur l'hôpital canadien français en fonction du temps présent. Union médicale du Canada. Tome 87, avril 1958, pp. 467-477 et mai 1958, pp. 581-590.

17. Commission royale d'enquête sur les services de santé. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, Vol. 1, p. 62.

matière d'hygiène, appuyée par l'élévation de niveaux de vie et de l'instruction générale, a grandement contribué à appporter de nombreuses améliorations à notre état de santé". Ils reconnaissent cependant que "la démarcation entre responsabilité publique et responsabilité personnelle n'est pas toujours tranchée ou facile à établir et ne demeure pas non plus statique".

Satisfait que "le Canada occupe un rang favorable dans le monde quant au nombre d'habitants par lit hospitalier, ils souhaitent que la planification régionale qu'ils appellent régionalisation entraîne "un certain glissement pour ce qui est des catégories de lits et de leur affectation". Ne regrettant pas la fermeture des petits hopitaux communautaires rendus désuets par le développement des régions, en particulier le réseau de transport, les membres de la commission estiment que "l'établissement de lits d'hôpital devrait en arriver à une stabilité, quinze ans après l'instauration du programme national de subventions à la santé et cinq ans après l'établissement d'un régime national d'assurance-hospitalisation.

La mise en place de mesures incitatives à l'hospitalisation bien avant l'instauration de l'assurance maladie et le déploiement de ressources alternatives à l'hébergement a été souvent dénoncée comme ayant joué un rôle important dans le retard au développement des services de santé de 1ere ligne, ceci probablement à juste raison.

Une remontée plus ancienne dans le temps nous permettrait de constater que les subventions offertes de la part du fédéral pour venir en aide aux provinces dans le développement des services de santé après la 2e guerre mondiale ont pesé lourd dans l'orientation d'un système de santé privilégiant l'hospitalisation et/ou l'institutionalisation.

En 1948 au Québec, les membres du comité d'enquête sur les services de santé mis en place suite aux initiatives fédérales recommandent:

> "considérant que l'hospitalisation est une nécessité pour un grand nombre de malades...
>
> considérant qu'il serait opportun, au triple point de vue pratique, humanitaire et économique d'organiser des institutions pour le traitement des chroniques...
>
> considérant le grand intérêt que porte le ministère de la Santé à l'organisation et au rendement des hôpitaux...
>
> que le ministère de la Santé continue de favoriser l'ouverture d'hôpitaux, à des endroits stratégiques, de façon à ce que toutes les régions de la province soient également bien pourvues en services hospitaliers
>
> que le ministère de la Santé voit à ce que chaque région possède un hospice pourvu d'une section ou d'un pavillon, avec personnel et équipement appropriés au traitement des chroniques, et qu'il favorise financièrement l'exécution d'un tel projet"[18].

Ces recommandations contribueront probablement à renforcer le potentiel hospitalier dans la province. Il n'est pas question de service de soins à domicile. Concernant l'exercice des médecins le

---

18. Enquête sur les services de santé. Province de Québec, Tome I, Présentation et synthèse du rapport, p. 35, Québec, 1948.

comité consultatif suggère un certain nombre de mesures susceptibles d'améliorer les conditions d'exercice comme "l'érection de petites unités hospitalières (8 à 10 lits) dans les régions éloignées, le zonage des régions sans médecins et une subvention aux femmes des médecins qui iront s'établir dans ces régions éloignées".

Les enquêteurs fédéraux de 1964, favorables à une stabilisation générale de l'offre de lits envisagent, eux, des changements importants dans la répartition des soins hospitaliers.

Prévoyant que les institutions pour malades mentaux et pour tuberculeux perdront de l'importance en raison de leur plus grande intégration aux services généraux de santé, ils proposent que les investissements ainsi dégagés soient utilisés à "l'aménagement d'installations et de services communautaires extra-hospitaliers pouvant compléter les services d'hospitalisation ou leur être substitués en partie tout en assurant des soins de même qualité"[19].

Pour des raisons économiques mais aussi pour assurer de meilleurs soins aux malades les commissaires consacreront un chapitre spécial aux soins à domicile et à la réadaptation dans une perspective de "traitement progressif du malade et de distinction entre les institutions de traitement actif et celles qui soignent les malades chroniques et les convalescents, y compris les foyers de garde". Dans

---

19. Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1965, Vol. II.

ce domaine les idées développées sont particulièrement avant-gardistes et c'est peut-être pour cela qu'elles ne sont toujours pas appliquées.

"Nous avons également observé que le domicile est devenu un endroit moins approprié pour le logement des malades, à mesure que l'urbanisation et l'habitation moderne ont changé notre façon de vivre et qu'elles ont dispersé le groupement de parents et de voisins chez qui on pouvait habituellement obtenir des aides pour les malades. Il y a donc eu tendance à considérer l'hôpital comme le refuge naturel en cas de maladie, du moins jusqu'à ce qu'on y repense... On n'a pas accordé assez d'attention à certaines solutions de rechange et tout particulièrement à l'utilisation accrue de services de soins à domicile et d'installations externes".

S'interrogeant sur le "pourquoi en est-il ainsi", les enquêteurs constatent: "Alors que tous les services auxiliaires nécessaires sont fournis par l'institution au malade une fois que celui-ci est hospitalisé, il n'y a pas eu, avant l'avénement de programmes organisés de soins à domicile, d'organisation correspondante qui aurait pu coordonner des services semblables hors de l'hôpital".

Citant une expérience de la Saskatchewan les rapporteurs notent que "la plus grande faiblesse de chacun de ces programmes de soins à domicile au Canada et aux Etats-Unis a été son incapacité à s'assurer l'appui, de susciter l'intérêt et de mettre à contribution la science du médecin de famille ordinaire".

Leurs recommandations de pleine couverture financière des services externes, en vertu du Régime d'assurance-hospitalisation et de services diagnostiques seront interprétées de manière restrictive semble-t-il par les législateurs fédéraux et eux-mêmes demeurent déjà très prudents recommandant:

> "que les dispositions de la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques s'appliquent aux frais occasionnés par les traitements donnés aux termes d'un programme de soins à domicile relèvant d'un hôpital"(réf. 17).

Cette conception des services de soins à domicile basée sur l'hôpital écartait en réalité toute initiative venant de la comunauté ou d'organisations bénévoles et/ou charitables comme il en existe beaucoup semble-t-il à l'époque au Canada comme au Québec[20]. Empêtré dans la complexité de sa structure interne, l'hôpital moderne ne relèvera que très indirectement le défi en développant surtout les consultations à l'externe et des salles d'urgence de premier recours.

D'autres initiatives comme l'installation de l'enseignement de la médecine familiale à l'intérieur de l'hôpital principalement et la création d'unités ou départements de médecine familiale ou de médecine générale viendront renforcer le rôle de cette institution dans la délivrance des services médicaux de première ligne.

---

20. Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1965, Vol. II, ch. 6, Les organismes de santé bénévoles, pp. 153-200, Ottawa, 1965.

La coordination des services de santé au niveau communautaire souhaitée par les auteurs du rapport de 1965 reposent sur la constatation que la planification régionale des services hospitaliers est encore loin d'être efficace "La décision de construire des hôpitaux a souvent été affectée par des considérations autres que les besoins réels de santé comme la philantropie, l'orgueil local ou même des considérations politiques. On a construit des hôpitaux parce qu'il n'y avait pas d°'autres installations de santé ou à cause de la nature limitée de la couverture prévue par les services existants de paiement par anticipation des services de santé".

Constatant la fragmentation des services de santé locaux, la philosophie réformatrice des auteurs du rapport s'appuie "sur les nouveaux schémas qui se sont développés ici et là, comme l'exercice médical groupé, les services organisés de soins à domicile et les services coordonnés de réadaptation; tous ces services comportent un germe de coordination. L'essentiel de la coordination des services communautaires est là et tout ce qui est nécessaire est de les appliquer systématiquement et de les encourager au lieu de laisser chaque collectivité chercher la solution à ses propres problèmes sans tirer parti de l'expérience déjà disponible ailleurs"[21].

Ils recommanderont en particulier l'établissement de "départements administratifs d'omnipratique dans les hôpitaux d'enseignement et subséquemment des chaires d'omnipratique dans les

---

21. Réf. (20), p. 263.

facultés de médecine" reprenant ainsi la principale revendication du Collège de médecine générale du Canada fondé en 1954 par l'Association médicale du Canada.

2.2.2 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et le concept de soins gradués (1970)

Les membres de la Commission introduisent au Québec semble-t-il le concept de soins de première ligne qui "constituent la première étape du régime de la santé"[22]. Reconnaissant qu'"autrefois on obtenait ce type de soins sans difficulté; le médecin recevait le client à son cabinet privé ou encore allait l'examiner chez lui" ils constatent que "tel n'est pas le cas aujourd'hui". Ils reconnaissent "deux facteurs principaux à ce problème majeur: la diminution du nombre d'omnipraticiens et l'absence de responsables de l'organisation de ce type de soins".

Personne déplorent-ils n'est en charge d'assurer à la population la disponibilité des soins de 1ere ligne "Le médecin les fournit partiellement par éthique professionnelle mais la profession médicale n'a pas mis en place des organismes les distribuant en permanence. L'hôpital accepte de fournir les soins d'urgence, mais décline la mission de répondre à la demande de soins de première ligne".

---

22. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Vol. IV, Tome I, Titre premier, p. 38, Québec, 1970.

Parmi les défauts d'organisation du régime de la santé les auteurs du rapport insistent sur les défauts de communication entre établissements hospitaliers de la même ville ou de la région ainsi qu'entre l'hôpital qui donne des soins spécialisés et les autres parties du réseau de distribution des soins.

Pour remédier à cela le concept de soins gradués va être opérationnalisé sous la forme de 3 niveaux de soins, généraux, spécialisés, ultra-spécialisés auxquels correspondent 3 catégories de centres de santé: le centre local de santé, le centre communautaire de santé, le centre hospitalier universitaire, le tout cimenté par le principe administratif de la régionalisation.

La classification des malades selon le concept de soins gradués permet d'identifier six éléments fondamentaux ou catégories de services qui s'adressent, dans l'esprit des auteurs, aux hôpitaux "bien qu'ils n'offrent pas tous la gamme complètes des soins". Les soins à domicile(5) sont "une extension à la communauté des soins offerts par le centre communautaire de santé et les centres locaux de santé" c'est-à-dire les soins intensifs(1), courants(2), espacés(3) et/ou de longue durée(4). Quant à la 6e catégorie les soins externes, ils "prolongent les services du centre communautaire de santé à la population". Voulant débarasser les consultations externes de leur ancienne charge concernant la délivrance de soins généraux, ils assignent à cette nouvelle fonction du CCS "les soins d'urgence, l'hospitalisation d'une journée ou d'une nuit, les consultations

spécialisées, les services médico-techniques de diagnostic et de traitement, les consultations de dépistage et la médecine scolaire".

Dans l'esprit des réformateurs de 1970 il semble bien que les centres locaux de santé soient destinés à délivrer ce qu'il est convenu habituellement d'appeler les soins de santé primaires et qu'ils nomment "soins généraux (curatifs, préventifs et de réadaptation), accessibles en permanence, ce qu'il faut distinguer de l'urgence qui relève des services externes du centre communautaire de santé. Apparemment séparés physiquement des centres communautaires de santé, les centres locaux de santé peuvent s'affilier les médecins exerçant seuls[23].

Les centres communautaires de santé correspondent aux établissements hospitaliers généraux délivrant "la gamme complète des soins spécialisés à une population définie de même que certains soins ultra spécialisés à toute la région"grâce à une bonne articulation avec les centres locaux de santé et le développement de services externes dans le sens précédemment souhaité de consultations de 2e degré, les commissaires espèrent réduire au minimum l'hospitalisation.

En réalité les prévisions de la commission seront en grande partie contre-faites par le jeu des acteurs sociaux ou groupes de pression qui vont se mobiliser dès le début des années 1970.

---

23. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Vol. IV, Tome II, Titre deuxième, p. 51 et p. 105, Québec, 1970.

2.2.3 Le ministère des Affaires sociales et ses politiques de santé communautaire

Dans le rapport annuel 1971-72 du nouveau ministère des Affaires sociales, le ministre libéral de l'époque décrit "le cheminement de la formulation et de la mise en oeuvre de la politique sociale du Québec des années 1970"[24].

A côté de la politique intégrée de sécurité du revenu, il définit la philosophie d'intervention de son ministère sur l'obstacle au développement harmonieux de l'homme que constitue la maladie à savoir "une politique d'accessibilité pour tous à des soins et services personnels, complets, continus, complémentaires de qualité". Parmi les mécanismes d'intervention pour réaliser cette politique, une place centrale est accordée au réseau intégré d'établissements de distribution de soins et services. La place respective des CLSC et du centre hospitalier va être mieux définie au cours des années 72 et 73[25]. Pour le ministère de l'époque il semble bien que le centre local de services communautaires soit le noyau de l'organisation de soins généraux tels que définis dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. "Par ailleurs les centres hospitaliers demeurent responsables de la distribution des soins spécialisés et ultra spécialisés. Ces soins comprennent l'hospitalisation du malade ainsi qu'une gamme de soins dispensés par les services externes: services

---

24. Minstère des Affaires sociales. Québec, Rapport annuel 1971-72, p. 11-12.

25. Orientations générales en santé communautaire. Ministère des Affaires sociales, Québec, octobre 1973.

d'urgence spécialisés, consultations spécialisées, examen de laboratoire et de radiologie". La position théorique du ministère des Affaires sociales est donc bien claire. Cependant il ajoute "Mais la dispensation de soins généraux par le centre hospitalier est une réalité qu'il faut accepter. Cette situation répond à une demande du public qui est devenue de plus en plus pressante au cours des dernières années"[26].

L'auteur du rapport précise même "La couverture des services externes par le régime d'assurance-hospitalisation, la mise en vigueur du régime d'assurance-maladie et la concentration de la pratique du médecin en milieu hospitalier ont conduit une proportion de plus en plus importante de personnes souffrant de malaises courants à se présenter directement à l'hôpital. On estime que ce type de demande constitue environ 50 pour cent de l'activité en services externes". Prenant acte de cette réalité et du fait que certains hôpitaux ont déjà relevé le défi de transformer leur organisation pour répondre à cette demande de soins généraux, le ministère va en réalité "confier aux centres hospitaliers une responsabilité au niveau des soins généraux" en précisant cependant les conditions de base d'implantation. Le principe étant la territorialité, les districts comprenant une population minimum de 30 000 en milieu urbain et de 10 000 en milieu rural" doivent normalement disposer d'un CLSC. Toutefois lorsqu'il existe un centre hospitalier dans un district, celui-ci est appelé à assurer une partie des soins généraux de santé à la population desservie. Le centre

---

26. Document II. Le rôle du centre hospitalier dans le domaine des soins généraux, février 1973. Ministère des Affaires sociales, Québec, p. 40 dans (25).

hospitalier doit alors assumer notamment des fonctions d'accueil, d'information, d'éducation sanitaire, de prévention, de traitement, d'urgence mineure et de réadaptation".

Cependant "Afin de bien dissocier la vocation générale des centres hospitaliers de leur vocation spécialisée, l'accueil, les soins courants et d'urgence mineure doivent être développés sur la base d'un comité organisationnel distinct des services externes d'urgence majeure, de radiologie et de laboratoire. On pourra par contre juger opportun d'y inclure les consultations spécialisées". Bien que les responsables du document indiquent "qu'il faut tenir compte de l'existence des cabinets privés des médecins omnipraticiens et spécialistes et de polycliniques" ils ne précisent aucunement les modalités de collaboration et encore moins d'intégration des différentes catégories de services. Le ministère compte sur les ressources professionnelles du centre hospitalier pour opérer la mise en place de ces programmes de soins généraux en consultations externes. Constatant que "le régime de pratique libérale et le mode de financement de l'assurance-maladie qui y est rattaché, constitue un élément désincitatif..." les auteurs du document affirment "qu'il n'est pas indispensable de modifier ce régime général pour que se concrétise un contrat de services entre le professionnel et l'hôpital...Les règlements de la loi sur les services de santé et les services sociaux prévoient que dans les centres hospitaliers qui doivent mettre sur pied un département de santé communautaire, l'unité de soins généraux fait partie de ce département". Concernant le financement il est intéressant

de constater que "le ministère considère que les médecins devront assurer une responsabilité financière pour les frais afférents à la consultation médicale en milieu hospitalier au triple point de vue de l'utilisation des locaux du personnel, des fournitures et de certains équipements... Les tarifs actuels de la rémunération à l'acte des médecins prend en considération cette responsabilité financière." Pour des raisons qui seront abordées au chapitre suivant les syndicats de médecins et principalemet la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec développeront une politique qui contribuera elle aussi à maintenir et développer des services de 1ère ligne dans l'hôpital général. Cette position du ministère des Affaires sociales vis-à-vis du rôle de l'hôpital dans la délivrance des services de soins généraux va probablement influencer sa philosophie et surtout sa politique d'implantation des CLSC. Posant comme règle générale que "les CLSC constitueront le premier point de contact des individus avec les services de santé et les services sociaux" et "qu'il se situe à mi-chemin entre d'une part, les cabinets privés de professionnels et d'autre part le centre hospitalier, le centre de services sociaux ou le centre d'accueil", en pratique le ministère sera amené à privilégier leur développement dans "les endroits où les indicateurs sociaux et des études sur l'état de santé de la population auront permis d'identifier les endroits les plus défavorisés et les carences les plus aigües en matière de soins... compte tenu des contraintes financières et de la disponibilité des ressources humaines et physiques dans le milieu"[27].

---

27. Document III. Les centres locaux de services communautaires. Ministère des Affaires sociales, Québec, juillet 1972 dans (25).

Les CLSC devraient donc être logiquement créés là où il n'y a pas d'hôpital pouvant assurer les soins généraux et lorsque les cabinets privés des médecins omnipraticiens et/ou polycliniques sont défaillants. Il semble bien que ce soit la philosophie principale qui ait présidé à leur implantation. Conçus en complémentarité des deux catégories de ressources précédentes, les CLSC, à l'intérieur de leur propre structure en butte par ailleurs à "l'opposition des autres professionnels et des promoteurs à ce qu'ils ont appelé la médicalisation de la médecine"[28] devront attendre le début des années 80 pour voir leur parachèvement annoncé. Durant toutes ces années d'hésitation et/ou de lenteur dans le développement des CLSC il semble que deux conceptions du rôle de ces établissements se soient affrontées, dérivées l'une du modèle médical, l'autre du modèle social de la santé expliquant en particulier "l'échec" des hôpitaux-CLSC[29].

Le nouveau gouvernement qui s'installe en 1976 paraît ne modifier en rien l'équilibre existant entre les différentes ressources de soins de 1ere ligne et la composition des services communautaires partagés entre les DSC et les CLSC. Cependant "en raison de leur proximité avec la communauté et à cause de leur rôle dans les services sociaux et de santé de 1ere ligne les CLSC seront les principaux

---

28. G. Desrosiers. Les CLSC. Concours médical, Paris, 30-1-1982, Vol. 104(5), p. 649-653.

29. C. Bégin. Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? dans l'hygiène mentale au Canada, Vol. 25(4), décembre 1977, pp. 11-15.

responsables de l'intégration et du développement futur des services à domicile"[30].

L'austérité budgétaire affectant les ressources de première ligne financées directement par le ministère des Affaires sociales retardera ce développement et le parachèvement des CLSC. L'absence d'analyse économique suffisamment détaillée et fine concernant les répercussions des compressions budgétaires sur le système hospitalier ne nous permet pas de savoir si la réponse des administrateurs s'est traduite seulement par une attitude passive de déficit budgétaire protégeant ainsi les services ambulatoires en même temps que les autres secteurs[31,32].

Il faudra attendre l'année 81-82 pour voir le nouveau discours concernant le parachèvement des CLSC suivi d'effets. Le nombre des CLSC est "fixé à 170 dont les périphéries seront majoritairement délimitées sur les bases territoriales des municipalités régionales de comté" et ils vont récupérer progressivement les programmes des soins de santé ou sociaux de première ligne préalablement délivrés par les DSC et les centres de services sociaux. Ils n'éviteront cependant pas les

---

30. Gouvernement du Québec, ministère des Affaires sociales, Rapport annuel 1976-77.

31. M. Villeneuve. L'impact de la décroissance sur le système hospitalier montréalais = une étude exploratoire, Maîtrise en sciences, Hautes études commerciales, Montréal, nov. 1985.

32. M. Paquin. Le phénomène de la décroissance et le management des organisations = leçons à tirer de l'expérience du secteur public. Gestion, avril 1984.

compressions budgétaires, seuls les budgets octroyés aux services à domicile seront protégés[33]. Ce parachèvement paraît commandé par des mobiles économiques "Il revient en effet aux CLSC d'intervenir auprès des personnes et des milieux avant que les problèmes d'ordre socio-sanitaire qui les affectent ne deviennent à ce point graves qu'ils commandent le recours à des services spécialisés ou services lourds qualifiés ainsi à cause de l'équipement et la technologie plus perfectionnée qui leur sont nécessaires et dont les coûts sont de plus en plus élevés et onéreux"[34]. On retrouve là l'idée qui n'est pas nouvelle mais loin d'être scientifiquement fondée que les services de prévention vont réduire les coûts des services curatifs! En réalité tout dépend du type de services préventifs que l'on met en place. Des déplacements de responsabilités et donc des sources de financement peuvent donner l'illusion d'un amoindrissement des coûts pour le ministère de la Santé! Il est encore trop tôt pour vérifier si ce nouveau discours concernant "ces orientations auxquelles le ministère accorde une prédilection de plus en plus accentuée dans une optique de promotion de la santé, de "désinternement" des malades et de maintien à domicile" se traduira par le développement de formules types hospitalisation à domicile et le renforcement de la fonction soins de santé primaires des hôpitaux ou au contraire à l'émergence d'un véritable système de soins de santé primaires disposant d'un budget protégé et d'une très forte capacité attractive sur les professionnels

---

33. Ministère des Affaires sociales, Rapport annuel, Québec, 1981-1982.

34. Le réseau des CLSC au Québec. Un parachèvement qui s'impose. Politique du ministère des Affaires sociales. Ministère des Affaires sociales, Québec, avril 1981.

comme auprès des bénéficiaires. Comme nous le verrons dans le dernier chapitre, la confrontation des données historiques récentes sur l'évolution des services de soins de 1ère ligne au Québec et des tendances lourdes concernant la place de l'hospitalisation dans les principaux pays industrialisés du bloc occidental nous amènera à développer un scénario d'avenir beaucoup plus nuancé. Dans un discours récent le ministre actuel de la Santé et des Services sociaux réaffirme son intention de privilégier le maintien des bénéficiaires dans leur milieu de vie, d'investir dans les services et non dans les structures, de développer la complémentarité entre les ressources de santé et les services sociaux[35].

2.3 Le rôle des groupes de pression (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et Association des hôpitaux du Québec)

Les limites de cette recherche nous amèreront à privilégier l'analyse de deux groupes de pression ou acteurs occupant des positions "d'agents" c'est-à-dire à la fois influencé par d'autres acteurs comme le ministère des Affaires sociales et influençant le système des soins de première ligne sans en être "un gouvernant" c'est-à-dire sans avoir un rôle aussi privilégié que le ministère des Affaires sociales[36]. Et pourtant il semblerait que concernant par exemple l'opposition des médecins au CLSC il faille nuancer beaucoup, le front des médecins n'est pas uni, loin de là, et c'est surtout la Fédération des médecins spécia-

---

35. Huitième colloque Jean-Yves Rivard, département d'administeation de la santé, Université de Montréal, 2 et 3 octobre 1986.

36. V. Lemieux et P. Labrie. Le système gouvernétique des CLSC. Recherches sociographiques XX, 2 mai, août 1979, pp. 149-171.

listes du Québec "à laquelle le ministère des Affaires sociales s'était buté lors des négociations sur l'assurance-maladie qui allait s'attaquer le plus fortement aux CLSC"[37].

2.3.1 La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses efforts d'intégration de l'omnipraticien à l'hôpital

Bien que le syndicalisme médical soit d'apparition relativement récente au Québec et plus généralement au Canada, il serait imprudent de lier son développement à une opposition à la sécurité sociale[38].

La fondation de l'Association des omnipraticiens de Montréal en 1961 puis de la Fédération provinciale un an plus tard indique un tournant semble-t-il décisif dans l'évolution du syndicalisme médical. Les années qui vont suivre vont être marquées par une différentiation de plus en plus grande des deux centrales syndicales en particulier lors de l'instauration de l'assurance-maladie et sur la place respective des omnipraticiens et des spécialistes dans l'hôpital.

A l'occasion du débat pour mettre sur pied un régime général d'assurance-maladie, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, constatant qu'"il n'y a peut être plus tellement d'écart de fond entre les idées des diverses parties qui ont étudié la question" est

---

37. Réf. (36), p. 151.

38. G. Desrosiers. La naissance du syndicalisme médical dans le Médecin du Québec, juin 1965, p. 11-14.

amenée à préciser sa position sur le statut de l'omnipraticien à l'hôpital[39]. Rappelant que le rapport de la Commission Hall met en relief, de façon non équivoque, le rôle de l'omnipraticien dans la médecine actuelle et celui qu'il aura à remplir dans la médecine future la fédération recommande "que tous les omnipraticiens soient intégrés à l'hôpital, que ce soit un centre hospitalier universitaire ou affilié, ou un hôpital régional". Pour les représentants des généralistes cela "permettrait à l'omnipraticien de maintenir et d'améliorer la qualité des soins en favorisant sa formation médicale continue dans un milieu scientifique approprié". Formé exclusivement à l'hôpital et subissant son modèle de soins, cette déclaration des praticiens de première ligne n'est pas surprenante mais elle va engager toute la politique à venir du syndicat vis-à-vis du développement des services généraux de santé rebaptisé ultérieurement services de soins primaires.

La stratégie syndicale de la FMOQ sera ainsi radicalement différente de celle développée par les omnipraticiens du Service national de Santé britannique, porte d'entrée obligatoire du système mais résolument situés en dehors de l'hôpital, réservé lui aux spécialistes. De même en France la césure entre une médecine hospitalière réservée à "l'élite" ayant passé des concours et la médecine de ville entraînera une expansion différente du secteur des soins de première ligne, presqu'exclusivement de statut libéral avec

---

39. Mémoire présenté par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec au comité conjoint de l'assemblée législative et du conseil législatif, Québec, mars 1966.

conservation de l'urgence de premier recours et maintien d'un secteur important de visites à domicile[40].

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec va cependant préciser sa position à l'occasion de la naissance des CLSC[41]. Décrivant cinq modèles de distribution des soins au patient ambulant dont les CLSC "tels qu'adoptés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qu'il y a lieu de distinguer des centres locaux de santé décrits dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux", les rédacteurs du mémoire déclarent "ces différents modèles comportent tous des éléments positifs... nous ne croyons pas à l'existence d'un modèle idéal qui puisse être généralisé à l'échelle nationale, ni même à l'échelle provinciale". De plus après avoir rappelé que "la principale fonction de l'omnipraticien consiste à dispenser des soins généraux" ils considèrent que ces services "peuvent être dispensés au cabinet de consultation, à domicile, à l'hôpital ou à toute autre institution sanitaire et peuvent être urgents ou courants. Il est donc important d'insister sur le fait que les soins dispensés par l'omnipraticien ne doivent pas être identifiés en fonction d'un niveau de dispensation de soins, d'un lieu ou d'une structure donnée". L'objectif des auteurs est

---

40. Les services de santé en Europe, Vol. 2, Exposés par pays et statistiques, 3e édition, Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1983.

41. Mémoire présenté au comité d'étude sur les centres locaux de santé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal, mars 1972.

d'assurer que ces soins soient dispensés "de façon personnelle et continue" et il ne sont pas opposés à ce que l'organisation administrative des centres de dispensation de soins généraux et de soins spécialisés relève "soit de l'initiative privée, soit de l'initiative publique, soit de l'initiative privée associée à l'initiative publique". Prudents vis-à-vis de l'initiative gouvernementale de l'époque ils concluent ainsi avant leurs recommandations "nous admettons par ailleurs que si nos prémisses ne sont pas exactes et que si le but visé est de contrôler les modes et les niveaux de rémunération ou de créer de nouvelles élites administratives, les conclusions pourraient être tout autre". Ce climat de suspicion entre partenaires donnera sa coloration toute particulière aux nombreuses négociations qui tourneront autour des modes de rémunération et du statut administratif des médecins sans cesse l'objet d'interrogations de la part de ceux qui s'intéressent au contrôle des coûts du système de santé comme à celui du développement d'une véritable politique de santé[42].

En effet bien que dans la plupart des pays industrialisés du bloc occidental "les médecins ne représentent qu'environ 10% des effectifs des personnes employées dans le secteur de la santé et dans aucun de ces pays ils ne percoivent plus du quart des dépenses médicales... . Par leur situation centrale, par la charge qu'ils ont d'orienter les malades vers d'autres formes de soins, par leurs

---

42. G. Desrosiers. Les principes d'une politique de santé dans une politique de santé pour le Québec. Association canadienne-française pour l'avancement de la science. Les cahiers scientifiques, no. 48, Montréal, 1986.

prescriptions, il engendrent la quasi-totalité des consommations de soins et des dépenses associées"[43].

Le projet de loi 17 sur la santé et la sécurité au travail va fournir l'occasion à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de préciser sa pensée concernant "le cabinet privé = un autre centre local de dispensation des services de santé au travail"[44]. S'opposant au projet de loi qui prévoit que les services de santé destinés aux travailleurs pourront être fournis dans un centre hospitalier, un CLSC, un centre autonome d'entreprise ou centre inter entreprise et exceptionnellement un cabinet privé "lorsque cela s'avère nécessaire à cause de la non-disponibilité des autres locaux", la fédération énumère les avantages du cabinet privé comme lieu de dispensation des services de santé au travail = accessibilité physique la meilleure, très haute compétence en médecine industrielle ou occupationnelle de nombreux médecins exerçant en cabinet privé, indissociabilité de la médecine du travail et de la médecine en général, soins préventifs personnalisés.

Logique avec elle-même et peut-être avec l'esprit sinon la lettre de la réforme des années 70, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ne paraît pas donc privilégier une ressource de soins de santé primaires parmi les lieux de dispensation de ces services au Québec.

---

43. Y. Blanpain, B. Lingren et S. Sandier. Comparaisons internationales des systèmes de santé. Centre de recherche et de documentation en économie de la santé, Paris, 1985.

44. Mémoire présenté à la commission parlementaire du travail et de la main-d'oeuvre relativement au projet de la loi 17. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal, septembre 1979.

Il est possible cependant et même fortement probable qu'il existe un hiatus entre les déclarations officielles des dirigeants dans les mémoires et les actions concrètement menées par certaines associations régionales et surtout ceux qui n'adhèrent à la fédération qu'en payant leur cotisation. Une analyse plus fine et plus longue de la littérature professionnelle comme l'Actualité médicale et les procès-verbaux des réunions de différentes associations permettrait de mieux saisir les rapports de force à l'intérieur de la profession dans son ensemble concernant la place de l'hôpital dans le champ de la médecine de première ligne.

2.3.2 L'Association des hôpitaux de la province de Québec et son programme de collaboration

L'Association des hôpitaux de la province de Québec a été fondée en janvier 1966. Elle est née de la fusion de l'Association des hôpitaux catholiques de la province de Québec et de l'Association des hôpitaux du Québec. Groupe de pression n'appartenant pas à l'appareil d'état son origine comme son évolution et ses politiques n'ont pas bénéficié des mêmes faveurs de la part des chercheurs que les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux[45]. Peut-être aussi parce que sa naissance remonte avant la réforme des années 70 dont les créations semblent avoir attiré préférentiellement les analystes qu'ils soient politologues, sociologues ou/et spécialistes de santé

---

45. V. Lemieux et al. Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux: une analyse politique. Département de science politique, Université Laval, Québec, juin 1974.

communautaire - santé publique. Enfin sa filiation avec l'association des hôpitaux catholiques de la province de Québec, elle-même fondée en 1962 par entente entra la conférence des hôpitaux catholiques de Québec, celle de Montréal (toutes les deux fondées en 1932), l'Association patronale des services hospitaliers (fondée en 1944), le comité des hôpitaux du Québec (fondé en 1948) a peut-être découragé certains qui confondent encore "rationalisme" et recherche scientifique[46].

Quoiqu'il en soit l'audience de l'Association des hôpitaux de la province de Québec parmi les gestionnaires des services de santé qu'ils appartiennent à l'appareil politico-administratif du réseau de la santé ou aux institutionshospitalières elles-mêmes justifie qu'on analyse sa position vis-à-vis de la place de l'hôpital dans le champ de la médecine de première ligne. Pendant longtemps exclusivement préoccupée de gestion à l'intérieur de l'hôpital, ce que reflète bien l'analyse de la revue L'hôpital d'aujourd'hui depuis sa fondation en 1955, un virage s'opère avec le développement des services coordonnée de soins à domicile, ce qui va se traduire par une plus grande attention des hôpitaux à leur environnement externe[47].

C'est par le biais de l'urgence que l'hôpital va être amené progressivement à mieux définir son rôle spécifique dans le champ des

---

46. Premier mémoire de l'Association des hôpitaux de la province de Québec à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, mars 1967.

47. "Notre hôpital...Votre hôpital". Un compte rendu de Soeur Marie-Thérèse Buist sur les journées de relations extérieures organisées à l'hôpital Laflèche de Grand'Mère dans l'Hôpital d'aujourd'hui, oct. 1969, pp. 44-46.

services de 1ere ligne. "Le recours massif aux hôpitaux" noté par certains observateurs au début des années 70 "a mis en relief que l'hôpital a jusqu'à récemment été conçu en fonction de l'hospitalisation et non des services externes..."[48]. Bien que le diagnostic étiologique de la situation soit bien posé "L'insuffisance du réseau de dispensation des soins médicaux et la centralisation des ressources en milieu hospitalier ont progressivemnt amené la population à recourir à l'hôpital en cas de besoins" la réponse sera recherchée ians "la consolidation et la création d'un service (ou département) qui regroupe l'urgence et les différentes consultations externes". Reflétant non pas la position officielle de l'Association des hôpitaux de la province de Québec mais celle des directeurs de la revue L'hôpital d'aujourd'hui, ce périodique est en réalité comme l'indiquait son directeur fondateur "le porte-parole" des milieux hospitaliers français et catholiques de notre pays, voire même des deux Amériques"[49]. Devant le risque cependant de création d'un "establishment au sein des hôpitaux" la nécessité d'une organisation régionale ou "d'entente inter-institutionnelle" commence à poindre "pour équilibrer l'effort à fournir par chacun". Le concept de régionalisation des services hospitaliers semble apparaître pour la première fois au Québec à la fin des années soixante sous la plume des directeurs des services

---

48. J.C. Deschenes. L'hôpital d'aujourd'hui, mai 1971, p. 10-12. A l'orde du jour = l'urgence - le coeur du système de soins.

49. H.L. Bertrand S.J. Une revue d'administration hospitalière française et catholique dans l'Hôpital d'aujourd'hui 1955.

administratifs d'hôpitaux[50] et plus officiellement le directeur général de l'Association d'hôpitaux de la province de Québec[51], pouvant "contribuer à résoudre quelques uns des problèmes moyens du secteur hospitalier. Parmi les applications concrètes du concept de régionalisation l'Association des hôpitaux de la province de Québec par l'intermédiaire de son porte-parole identifie "l'édification d'un réseau du service constitué d'unités différentes les unes des autres mais destinées à répondre de façon complémentaire aux besoins sanitaires d'une population..." En réalité la régionalisation ainsi conçue ne concerne encore que celle des services hospitaliers c'est-à-dire "le développement rationnel d'un réseau hospitalier dans une région groupant plusieurs hôpitaux, dans le but d'offrir à la population les services de qualité dont elle a besoin à un coût moindre". L'analyse des mémoires produits par l'Association des hôpitaux de la province de Québec entre janvier 1966 et ces dernières années comme le dépouillement du périodique L'hôpital d'aujourd'hui suivi de la revue d'Administration hospitalière et sociale en janvier 1974 ne montre en réalité que très peu de préoccupation concernant les soins de santé primaires sinon l'organisation de l'urgence par l'hôpital comme nous venons de le voir.

---

50. L. Gilbert. La régionalisation des services hospitaliers dans L'hôpital d'aujourd'hui, Nov. 1967, pp. 40-44.

51. M. Dubreuil. L'administration hospitalière face à la régionalisation dans l'hôpital d'aujourd'hui, février 1970, p. 14-20.

L'utilisation non appropriée des services hospitaliers dénoncée conne un des dilemmes des services de santé du Québec au milieu des années 70 ne peut être solutionnée que par des mesures intra-hospitalières aux yeux des experts de l'Association des hôpitaux de la province de Québec = réduction du taux d'admission, raccourcissement de la durée moyenne de séjour, meilleure utilisation des laboratoires et de la radiologie à l'interne[52]. Le succès de cette politique du contrôle des coûts est recherché dans une "meilleure collaboration entre le gouvernement, les médecins, les administrateurs d'hôpitaux et le grand public". Les auteurs du mémoire dénoncent cependant le manque de rationalisation dans la répartition des ressources hospitalières qui "laissées à elles-mêmes ne se dirigent pas toujours là où les besoins sont les plus marqués. Ces ressources ont plutôt tendance à se concentrer d'une façon disproportionnée au niveau des agglomérations urbaines et des services spécialisés". L'existence de centres hospitaliers avec DSC va amener progressivement l'Association des hôpitaux de la province de Québec à s'intéresser au concept de santé communautaire dont elle commence à percevoir l'intérêt pour opérationnaliser la responsabilité des hôpitaux à l'endroit de la population de leur sous-région[53]. C'est peut-être la présence de ces CH/DSC qui amènera l'ensemble des hôpitaux à s'interroger plus vigoureusement que par le passé sur leur autonomie ou leur

---

52. Un programme de collaboration = Une solution de dilemme des services de santé du Québec. Mémoire adressé au premier ministre du Québec par l'Association des hôpitaux de la province de Québec, septembre 1976.

53. Bilan et prespective de la santé communautaire au Québec, Association des hôpitaux de la province de Québec, Montréal, juin 1978.

responsabilité comme principal coordonnateur entre les différentes ressources de soins et de services[54]. Peut-être pour la première fois à ce congrès mais en atelier seulement des participants à l'AHPQ suggèrent de "procéder à une réallocation des ressources des CH vers les CLSC "en sachant cependant que "la réallocation des ressources sera réalisable dans la mesure où les attitudes et les mentalités respectives seront modifiées". Très rapidement cependant l'ensemble du congrès revient au débat central qui concerne la "complémentarité inter-hospitalière", plus que l'établissement d'un véritable réseau de services de santé. La fin des années 70 et le début des années 80 va être marquée par une intensification des expériences et des recherches concernant les ensembles de santé mais elles concernent presqu'exclusivemnt l'intégration horizontale d'institutions de même mission[55]. L'objectif visé par l'Association des hôpitaux de la province de Québec au travers de son modèle de regroupement d'établissements de santé à services complémentaires ne sera jamais repris par le gouvernement pour expérimentation comme elle l'aurait souhaité[56].

---

54. 16e congrès-exposition de l'Association des hôpitaux de la province de Québec. Les Hôpitaux: entités autonomes ou éléments d'un réseau, Québec 15 et 16 novembre 1979.

55. C. Begin. L'impact des ensembles de santé sur le comportement organisationnel: un état de la question. Une avenue de recherche. Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, 1984.

56. Mémoire de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, sur la révision de la loi sur les services de santé et les services sociaux et sujets connexes, Montréal, 1978, 82 p.

En réalité il semble bien que la culture des deux organisations soit encore trop différente sinon opposée et ce n'est qu'"à cause de leur complémentarité au niveau des programmes en matière de prévention et de soins curatifs, qu'une collaboration soutenue doit être assurée par les centres hospitaliers aux CLSC"[57].

Au total la collaboration pronée par l'Association des hôpitaux de la province de Québec entre les différents partenaires du réseau de la santé s'est traduite concrètement par très peu d'ouverture à l'égard des ressources de première ligne et il semblerait même que sous l'effet des restrictions budgétaires on ait assisté à un repliement des hôpitaux sur leur propres services. Une nouvelle avenue d'intégration des services généraux de santé semble cependant s'amorcer avec l'espoir suscité par l'implantation des municipalités régionales de comté[58].

Il est possible également que la mise en place d'une meilleure organisation des services de santé mentale soit l'occasion d'une véritable concertation entre les différentes ressources institutionnelles et communautaires et d'une reconnaissance de "l'autre"

---

57. Vers un sommet sur la santé des québécois. Document de support, congrès 80, annexe 5. Association des hôpitaux de la province de Québec, Montréal, mars 1980.

58. L'avènement des municipalités régionales de comité = une cohésion nécessaire avec l'organisation du réseau des affaires sociales. Document d'information. Association des hôpitaux de la province de Québec, Montréal, janvier 1983.

par les services de 1ere ligne d'une part c'est-à-dire les CLSC et les omnipraticiens, la deuxième ligne d'autre part qui s'appuie principalement sur les centres hospitaliers de courte durée[59].

59. Organisation des services de santé mentale au Québec, Analyse et perspectives. Documents d'orientation. Association des hôpitaux de la province de Québec, Montréal, juin 1984.

3. De l'inconvénient d'une médecine de première ligne installée dans les hôpitaux

3.1 Un rapport coûts/avantages défavorable pour les soins généraux délivrés dans les centres hospitaliers de courte durée

Rares sont les études au Québec et dans les pays industrialisés qui se sont attaquées à démontrer l'efficience de telle ou telle modalité d'organisation des services de santé de première ligne.

Au Québec des auteurs se sont efforcés de comparer en terme de coût les services médicaux en polyclinique et en CLSC[60]. Il s'agit en fait d'une étude exploratoire qui ne vise qu'à jeter les bases d'une étude plus complète. La conclusion nous pose des questions plus qu'elle ne répond à nos interrogations. Les résultats "démontrent en effet qu'il est plus coûteux par visite qu'un examen ait lieu au CLSC étudié plutôt qu'à la polyclinique choisie". Par ailleurs, une étude en Ontario[61] semblerait démontrer que les services de soins de première ligne seraient moins coûteux à l'urgence de l'hôpital que dans les cabinets privés des omnipraticiens. Cependant dans cette recherche, si les diagnostics avaient été "standardisés et la qualité des services contrôlée", les praticiens étaient volontaires et présentaient des

---

60. Duplessis P. et al. Le coût des services médicaux en polyclinique et en CLSC dans Le médecin du Québec, mai 1984, pp. 95-99.

61. Robert Steele and al. Cost of primary health care services in the emergency department and the family physician office, CMA Journal, May 3, 1975, vol. 112, pp. 1096-1098.

caractéristiques professionnelles probablement différentes dans les 2 groupes de comparaison.

En réalité ces deux études souffrent des difficultés méthodologiques importantes, elles ne parviennent pas à isoler la ou les variables confondantes. Les études coûts/avantages impliquent une définition rigoureuse des termes utilisés ainsi qu'un inventaire détaillé, le plus exhaustif possible des coûts en même temps qu'une taxonomie précise des avantages ou bénéfices qu'il est difficile de réaliser en pratique.

Par contre nous disposons d'études beaucoup plus fiables concernant l'influence de la disponibilité des ressources sur le comportement des professionnels et conséquemment sur le volume des services prescrits. Toutes vont dans le même sens et rejoignent la perception de bon sens du praticien. Le fait d'exercer la médecine générale dans un établissement hospitalier où il peut disposer de multiples ressources complémentaires va influencer le praticien soit dans le sens d'un plus grand recours à l'hospitalisation, soit dans celui de faire appel plus facilement à des examens complémentaires plus nombreux ou plus coûteux et de référer plus facilement à des confrères spécialistes[62,63].

---

62. Rochais L. Modelling physician's behavior. A review of the theoretical literature. University of York, England, 1985.

63. Eisenberg J.M. (1985). Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. Medical Care, May 1985, vol. 23, no. 5, pp. 461-483.

Les arguments micro-économiques doivent cependant être manipulés avec beaucoup de prudence, compte tenu des réserves méthodologiques qui peuvent être formulées à l'égard de beaucoup d'études concernant les services de soins délivrés en dehors de l'hôpital[64].

Améliorer la qualité de ces recherches pourrait être un objectif fort louable tant des unités de recherche universitaire en santé publique que de la direction de l'évaluation des programmes au MSSS et des DSC. L'effort devrait porter en priorité sur une meilleure définition de l'objet étudié (= i.e. qu'appelle-t-on services de première ligne? et services de soins à domicile) et le choix de protocoles suffisamment expérimentaux pour garantir la validité des résultats. Pour atteindre ce but, la dispersion actuelle des efforts de recherche évaluative devra être probablement corrigée et fortement encouragée par le FRSQ. Une attention plus grande devrait être accordée aux analyses de type méso-économique comparant des agrégats de taille moyenne à l'occasion de projet pilote[65] ou lors de l'installation de nouvelles ressources comme celles s'adressant aux personnes âgées[66].

---

64. S.C. Hedrick and al. The effectiveness and cost of home care: an information synthesis. HSR: health services research, No. 6, (february 1986, Part II) pp. 851-879.

65. L. Gumming-Schepers and al. Home care as on alternative to hospitalization: a care study in Belgium in Soc. Sci. Med., 1984, Vol. 18, no 6, pp. 531-537.

66. A.P. Contandriopoulos et al. Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, R84-02.

Si les services de soins de première ligne ambulatoires, ou basés sur des structures légères comme les centres de santé ne permettent pas forcément de faire des économies et donc de réduire les coûts monétaires, ils sont au pire pas plus dispendieux que les soins en institution et surtout ils ont l'avantage de répondre à une nouvelle demande de la part du public de pouvoir demeurer dans son milieu de vie quel que soit son handicap ou état de santé. Il importe cependant que cette orientation demeure sous le contrôle des bénéficiaires et quelle de soit pas induite ou forcée. L'expérience de certains pays dans le domaine de la déinstitutionnalisation, en particulier dans le secteur de la psychiatrie est là pour nous rappeler à la prudence, le poids du malade ou handicapé à domicile demeure très lourd surtout pour la famille nucléaire sinon monoparentale de nos sociétés industrialisées. Comme nous le verrons plus loin c'est peut-être dans l'appréciation inexacte de cette charge qu'il faut rechercher certaines des raisons pour lesquelles l'hospitalisation à domicile n'a pas connu le développement espéré[67].

3.2 La consultation externe ou la salle d'urgence de première ligne, une entrave au décodage de la demande du bénéficiaire par le praticien de premier recours

La principale fonction du médecin omnipraticien telle qu'elle apparaît au travers des mémoires de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec préalablement analysés et surtout dans la

---

67. M. Bugener et C. Lepen. L'hospitalisation à domicile et la productivité familiale de santé. Travail de recherche en cours. Groupe LOGOS, Université Porte Dauphine, Paris.

littérature internationale diffusée ou non par l'Organisation mondiale de la santé est de médiatiser la demande de soins venant de la population[68]. Son champ d'intervention sera plus précisément ce qui a été défini comme celui des problèmes généraux, sanitaires et sociaux par rapport aux problèmes de santé spécifiques et aux problèmes sociaux spécifiques (Rapport intérimaire, Les priorités et les approches d'intégration, p. 74). Son comportement comme il a été indiqué précédemment est influencé par de nombreuses variables et en particulier son lieu de pratique.

Décodeur de la demande des bénéficiaires, que celle-ci soit d'expression médicale ou sociale dominante, on peut supposer que sa qualité d'écoute ne sera pas la même selon qu'il se situera, à domicile, dans son cabinet privé, dans une salle d'urgence ou à la consultation externe d'un hôpital.

Du fait de sa haute technicité médicale, l'hôpital surtout spécialisé peut servir d'écran entre le praticien de premier recours et la demande sociale. Le rôle de celui-ci ne serait-il pas d'abord d'entendre cette demande, placé qu'il devrait être en un point stratégique des rapports entre discours médical et discours social?

Le fait d'exercer dans des institutions où le bénéficiaire consulte en abandonnant à l'entrée tout ce qui le personnalise pour se

---

68. R.N. Braun. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Payot, Paris 1979, 512 p.

conformer aux règles d'identification de l'établissement ne favorise pas l'exercice d'une médecine globale intégrant les dimensions psychosociales au diagnostic biomédical.

4. Les alternatives

Ces dernières années ont vu surgir dans la plupart des pays industrialisés une pléiade de ressources dites alternatives à l'hospitalisation avec comme objectif la réduction des coûts ou le maintien du bénéficiaire dans son milieu de vie. Beaucoup d'entre elles cependant ne sont que des prolongements et ne se substituent pas réellement à l'hôpital comme l'hôpital hors les murs ou l'hospitalisation à domicile.

Ces dernières formules tout comme d'ailleurs l'hôpital de jour conjointement ou non avec le développement de la chirurgie d'un jour n'ont probablement qu'un effet très indirect sur une nouvelle répartition du champ de la médecine de première ligne entre les cinq secteurs qui se le partage (CLSC - centre de services sociaux - médecine de libre pratique - hôpital - médecines dites parallèles). C'est l'objet du premier paragraphe qui suit (4.1).

En réalité l'analyse précédente des politiques provinciales et fédérales tout comme des principaux groupes de pression qui ont influencé le développement des services de santé de première ligne, nous amène d'une part à dénoncer les risques d'une politique de fragmentation des ressources (4.2) et d'autre part à plaider en faveur d'une véritable alternative enracinée dans les traditions du Québec (4.3).

4.1 La fausse solution de l'hôpital "extra-muros" et de l'hospitalisation à domicile dans le contexte québécois des années 1980

Rappelons brièvement le contexte et les raisons avancées par les promoteurs de l'hôpital hors les murs en Nouvelle-Zélande et au Nouveau-Brunswick, ceux de l'hospitalisation à domicile en France et tout récemment à Verdun.

En nouvelle-Zélande la première formule d'hôpital hors les murs a été concrétisée il y a 20 ans dans un contexte de pénurie de lits de soins aigus. Il s'agissait de fournir à domicile des services correspondant à des besoins de malades dont les standards de l'époque auraient conclu à la nécessité d'une hospitalisation dans ce qu'il est convenu d'appeler un lit de courte durée. Dans l'esprit des concepteurs cependant, il s'agissait déjà de développer ces services dans la communauté ou de les coordonner pour freiner la demande "for more hospital beds"[69].

Au Nouveau-Brunswick l'expérience survient dans un contexte plus tardif, de désinstitutionnalisation des services offerts aux personnes âgées et/ou bénéficiaires en perte d'autonomie. "The stimulus to the inception of the New Brunswick extra mural hospital arose from studies made by a committee of the department of health of the impact to be anticipated on the health services of the Province from an aging population" (réf. précédente). Au 1er juin 1986 le réseau projeté au

---

69. G. Ferguson. Putting it all together. The New Brunswick extra mural hospital. Paper presented before the 9th annual health administration forum. University of Ottawa, June 7th 1983.

Nouveau-Brunswick est loin d'être constitué puisque quatre seulement des vingt unités de services sont opérationnelles. Quant à la Nouvelle Zélande, rien ne nous permet d'affirmer que l'expérience de Oakland est généralisée à l'ensemble de la grande Ile. De plus il semble que la philosophie de l'hôpital extra-muros soit de coordonner les ressources constantes et de s'effacer comme structure lorsque sa mission coordonnatrice sera achevée "This extra-mural hospital must not be seen as an alternative to institutional care. No, it is the hospitals and nursing homes which will become the alternative to the extra-mural hospital when we have succeeded in pritting it all together" (réf. 69). Nous allons voir que la philosophie de l'hospitalisation à domicile dans les pays qui ont déjà un certain recul concernant cette espérance alternative paraît évoluer dans le même sens.

En France la première expérience d'hospitalisation à domicile, sur le modèle de ce qui s'était déjà fait aux Etats-Unis, remonterait à l'année 1957. C'est l'Assistance publique à Paris qui crée le premier service pour "désencombrer les hôpitaux et favoriser la guérison par la réinjection du malade dans un milieu familier puisque familial[70]". En réalité, victime de la double opposition des caisses d'assurance-maladie peu convaincues des avantages financiers d'une part et du corps des médecins de ville associé passivement à cette expérience de prolongement de l'hôpital à domicile d'autre part, le développement de l'hospitalisation à domicile a stagné jusqu'à ce jour. En 1984 elle

---

70. Assistance publique. Hôpitaux de Paris, Service d'hospitalisation à domicile. Rapport d'actitivé, Paris, 1984.

représentait "0.65% des journées hospitalières, soit 1 journée en HAD pour 150 en hospitalisation classique" malgré un indice élevé de satisfaction de la part des bénéficiaires et de leur famille et le dynamisme de gestion de cette formule de soins[71].

Pour comprendre l'expérience française et en tirer quelques leçons pour le Québec, il ne faut pas oublier de replacer celle-là dans le contexte de la lutte feutrée entre l'hôpital public, haut lieu d'exercice de l'aristocratie médicale et la médecine de ville apanage principal du médecin de famille à statut privé. A la différence de son confrère québécois, le médecin généraliste français est un étranger à l'hôpital et les deux systèmes se sont développés séparément trop souvent en s'ignorant superbement. L'avenir de l'hospitalisation à domicile paraît résider dans une restructuration de celle-ci au projet de ce que certains préfèrent appeler les soins hospitaliers à domicile. Ceux-ci s'intégreraient dans un ensemble de services "de soins à domicile à deux ou trois niveaux techniques et financiers:

- un niveau de soins de maintien à domicile où le rôle des infirmières serait minime par rapport à celui des aides-soignantes;
- un niveau de soins infirmiers à domicile où prédomineraient les soins infirmiers (traitements parentéraux, pansements, soins d'escarres etc...);

---

71. J. Godard. L'avenir de l'hospitalisation à domicile dans le système de santé français. Gestion hospitalière, No. 238, août, septembre 1984, p. 527-529.

- un niveau de soins hospitaliers à domicile (en HAD) réservés aux malades présentant une pathologie lourde"[72].

Les mêmes auteurs cependant insistent sur l'importance de "mener une action de sensibilisation auprès des praticiens de première ligne pour améliorer leur connaissance des moyens de maintien à domicile et les aider à envisager les moyens ayant une potentielle hospitalisation plutôt qu'à la suite de celle-ci, comme c'est aujourd'hui le cas de façon quasi systématique".

Ceci implique un retournement considérable de la mentalité tant des praticiens que des administrateurs et de l'opinion publique pour qui la qualité des soins est encore synonyme de plateau technique spécialisé et de prix élevé.

A Verdun la définition retenue de l'hospitalisation à domicile: "organisation structurée et coordonnée qui fournit une vaste gamme de services cliniques par l'entremise d'une équipe multi disciplinaire dont l'objectif général consiste à prévenir l'admission, réduire les séjours en milieu hospitalier et subvenir aux besoins des bénéficiaires dont l'état de santé ne requiert pas le support technologique d'un hôpital" semble bien laisser entendre que l'objectif général de ce service est

---

72. R. Caquet et S. Karsenty. Quelles alternatives à l'hospitalisation. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. XXIIIe année, no. 3, Paris, juillet, septembre 1983.

de réduire les pressions sur l'admission à l'hôpital due au taux élevé de personnes âgées en perte d'autonomie[73].

Il est encore trop tôt pour juger de l'expérience en cours sur le territoire du DSC de Verdun. L'évaluation prévue du projet portera probablement sur l'impact du programme, sur les délais d'admission au centre hospitalier de Verdun et la durée moyenne de séjour ainsi que le niveau de satisfaction des patients traités à domicile versus un groupe contrôle hospitalisé. Quelle sera l'implication des médecins omnipraticiens dans ces services ainsi que les équipes de soins à domicile du territoire? Il serait intéressant que les évaluateurs puissent répondre à ces questions, le projet pouvant contribuer aussi à clarifier et surtout opérationnaliser le concept de soins gradués 15 ou 20 ans après que les réformateurs des années 70 en aient fait références.

4.2 Les risques d'une politique de fragmentation des ressources

Les stratégies qui consistent à vouloir imposer sa propre vision de l'organisation des soins de santé de première ligne sans tenir compte de l'opinion publique moyenne c'est-à-dire des souhaits des bénéficiaires concernant les modalités d'entrée dans le système de santé et sans analyse concrète des forces en présence sont vouées à l'échec.

---

73. M. Mongeon. Proposition d'un plan d'ensemble pour la planification d'une étude de besoins et de faisabilité sur l'hospitalisation à domicile au centre hospitalier de Verdun. Département de santé communautaire du centre hospitalier de Verdun, Verdun, 25 mars 1986.

Ce qui est beaucoup plus grave pour la santé de la population, ces attitudes contribuent à la dispersion des moyens, et trop souvent à l'absence de complémentarité entre les ressources.

La source des tergiversations concernant le parachèvement des CLSC est à rechercher en première analyse dans une sourde compétition entre pouvoir médical et pouvoir social et peut-être plus fondamentalement au rôle de l'état qui aurait utilisé cette structure pour "introduire une compétition potentielle entre médecine publique (les CLSC) et médecine privée"[74].

La saine émulation entre ressources délivrant les mêmes services n'a jamais réellement vu le jour et on peut se demander si tout comme le concept de marché en situation de concurrence parfaite, il ne s'agit pas d'une vue de l'esprit. Faute d'une planification des ressources socio-sanitaires de première ligne centrée sur les besoins de la population et orchestrée par le pouvoir politique, il semble que chacun des cinq secteurs du sous-système socio-sanitaire identifié en introduction (CLSC, centre de services sociaux, consultations externes et salle d'urgence d'hôpitaux, polycliniques et cabinets privés, médecines parallèles) se soit développé selon sa logique propre, défendant d'abord ses intérêts et véhiculant ses valeurs.

---

74. M. Renaud. Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique. Médecine et Société, les années 80. Les éditions Saint-Martin, 1981, Montréal.

Les contraintes d'une bonne prise en charge des problèmes bio psychosociaux des personnes âgées sont le meilleur révélateur du caractère encore trop souvent fragmentaire et cloisonné des services socio-sanitaires qui sont offerts à cette clientèle. Celle-ci aura eu le mérite de faire toucher du doigt aux professionnels de la santé la réalité du concept de globalité des soins. Le développement en parallèle de ressources qui visent les mêmes objectifs c'est-à-dire satisfaire la demande médico-sociale ou les besoins socio-sanitaires de base de l'ensemble de la population ne peut qu'aboutir à un échec en terme d'impact sur l'état de santé de cette population.

4.3 Pour une alternative enracinée dans les traditions du Québec

"Une bonne étude prospective suppose presque toujours, au préalable, un considérable effort d'analyse et de réflexion rétrospective"[75].

Comme nous venons de le voir tout au long de ce travail, "la rétrospective reste cependant une tâche difficile car il faut reconstituer une information dispersée et souvent controversée". Le travail que nous avons entrepris à travers des écrits québécois des 10 à 20 dernières années pour analyser la place de l'hôpital dans le champ des soins de première ligne permet toutefois de dégager un certain nombre de tendances lourdes concernant la structuration passée de ce champ.

---

75. M. Godet. Prospective et planification stratégique, Paris Economica, 1985, 335 p.

4.3.1 Des services de soins à domicile offrant la gamme de ce qui est considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme soins primaires ont déjà une longue histoire dans notre province. Ils se sont maintenus malgré l'absence d'incitatifs financiers et la puissance attractive du plateau technique hospitalier. Les récentes initiatives gouvernementales en leur faveur et maintenues malgré le changement des équipes au pouvoir constituent un premier pas dans le sens d'une priorisation des services ambulatoires de soins de première ligne.

4.3.2 La province dispose également d'une expérience déjà fort longue dans le domaine de l'implantation de certains services ambulatoires spécialisés comme ceux délivrés aux malades atteints de syndrome respiratoire obstructif chronique ou aux dialyses rénaux.

Des techniques nouvelles de miniaturisation des instruments diagnostics et thérapeutiques et le développement des télé contrôles laissent envisager comme futur possible, le transfert de ces services entre les mains des praticiens de première ligne, sinon des bénéficiaires eux-mêmes réhabilités dans l'autocontrôle de leur maladie. Il s'agira d'une nouvelle donnée à prendre en compte dans le calcul de l'impact économique des nouvelles technologies[76].

4.3.3 Les CLSC font maintenant partie du paysage habituel du Québec. Après avoir subi maints orages suivis d'accalmies et parfois de

---

76. J. Blanpain. Advanced technology and health care in the home. International Journal of Technology Assessment in Health Care. Vol. 1, 1985, no. 2.

reprises comme en 1984, les CLSC ont bien survécus aux assauts combinés de leurs détracteurs. "Avec les CLSC, la société québécoise s'est dotée d'un nouveau réseau local, complémentaire à celui des municipalités et des commissions scolaires". Qui plus est "il y a un droit fil qui part des premiers comités de santé municipaux, en passant par les unités sanitaires, pour aboutir au CLSC"[77].

En 1987 l'existence des CLSC paraît avoir été acceptée par l'ensemble de ses partenaires et il est nouveau de voir sous la plume de ses porte-paroles officiels une référence historique, le CLSC étant présenté comme l'héritier légitime d'une vieille mission de services de première ligne!!

Cependant pour que cette mission ne soit plus remise en cause et de manière définitive il importe que les CLSC recherchent l'intégration verticale des services avec les ressources spécialisées des hôpitaux et des centres de services sociaux devenus fournisseurs des services sociaux dits durs, établissant des alliances avec les autres ressources de première ligne comme les cliniques médicales privées et les ressources communautaires ou les médecines parallèles à but non lucratif.

L'intégration verticale des établissements de santé paraît bien être au Québec l'une des voies d'avenir permettant au vieux concept

---

77. Le CLSC de demain = véritable instance locale. Mémoire de la Fédération des CLSC du Québec, présenté à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités, Montréal, 11 juin 1986.

de régionalisation de prendre forme et à celui de soins gradués de trouver enfin sa place dans le système de santé[78].

4.3.4 Le problème de la porte d'entrée dans le système demeure cependant l'objet d'un vif débat et il importe que les deux principaux partenaires en cause, une fois réglée la place des CSS, de l'hôpital et des médecines parallèles, évitent de prendre des positions qui les présentent comme cherchant à gagner du leadership. Là encore il semble bien que ce soit en recentrant le débat autour des besoins de la population en termes de services socio-sanitaires et sur une base locale privilégiée comme les municipalités régionales de comté où les collectivités urbaines et régionales qu'un modus vivendi pourra être dégagé.

Les CLSC auront cependant à développer leurs services médicaux de soins de première ligne s'ils veulent rééquilibrer leur position par rapport au réseau de cabinets de polycliniques privées. Pour attirer des omnipraticiens en plus grand nombre et les conserver, les CLSC devront peut-être reviser la place qu'ils accordent à la demande médicale dans l'identification des besoins de la population de leur territoire à partir desquels ils élaborent leurs priorités et bâtissent leurs programmes. Une forme de concertation pourrait être la réalisation de la formule des points de service mixte permettant à des

---

78. C. Bégin et al. Gestion en commun des établissements de santé de la Vallée de la Matapédia. Une évaluation. Recherche subventionnée par la direction de l'évaluation des programmes du ministère des Affaires sociales, Québec, 30 août 1984, 191 p.

praticiens privés isolés de bénéficier du support technique d'un CLSC et de son équipe pluridisciplinaire.

A l'autre pôle les médecins de libre pratique ne pourront s'impliquer réellement dans la prévention et la promotion de la santé sans incitatifs économiques et organisationnels[79]. Un rééquilibrage des modes de rémunération de l'omnipraticien en faveur du paiement à la vacation dans les services publics pourrait constituer une réponse valable permettant de concilier "liberté" du praticien et qualité préventive des services offerts.

La concertation entre le secteur public et le secteur privé de la santé, pour mieux répondre à la demande de soins primaires dans le sens d'une valorisation de la prévention et de la promotion de la santé serait la meilleure alternative à offrir au pouvoir montant d'attraction des médecines dites parallèles[80].

---

79. R.N. Battista. Le rôle du médecin de famille en prévention. Le médecin du Québec, octobre 1986, Vol. 21, no. 10, pp. 33-36.

80. T. Poucet. Les médecines douces sont-elles vraiment une alternative? dans Les médecines douces et le système de santé québécois. Ed. de l'Agora, 1986, Québec.

5. Synthèse et recommandations

La confrontation de différentes sources de données en provenance du ministère des Affaires sociales et des organismes concernés par le champ des soins de première ligne met en évidence que la part occupée dans ce champ par les centres hospitaliers de courte durée au Québec a augmenté en terme financiers et ceci malgré le discours officiel des rapports Hall et Castonguay-Nepveu qui recommandaient de développer les ressources ambulatoires extra-hospitalières. L'analyse comparée du Québec et de l'Ontario fait même ressortir un ratio de visites en clinique externe et à l'urgence plus élevé et progressant plus rapidement au Québec.

L'évolution sur les dix à quinze dernières années des crédits alloués au développement et à la consolidation des CLSC, comparés à ceux des centres hospitaliers de courte durée et à ceux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec rémunérant les visites en cabinet et à domicile des omnipraticiens sont aussi éloquents. Les CLSC ont particulièrement souffert des coupures budgétaires de la fin des années 70 et probablement plus que les deux autres secteurs. L'absence de données fines concernant la nature des actes réalisés en consultation externe et en salle d'urgence des centres hospitaliers de courte durée nous invite cependant à être prudents dans l'interprétation de ces faits.

Les causes de ce phénomène sont nombreuses et complexes. Certaines étaient déjà bien connues comme les contraintes imposées par le système de financement fédéral et la précession de l'assurance-hospitalisation sur l'assurance-maladie[81]. Lorsqu'on les analyse dans le détail, à la recherche de ce qui a été écrit sur les services communautaires (Commission royale d'enquête sur les services de santé) ou les services généraux (rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux) on réalise que les recommandations des grands rapports d'enquête de la période de la Révolution tranquille n'ont pas toujours été suivies d'effets. Fortement recommandés par le rapport fédéral de 1964, les services coordonnés de soins à domicile ne prendront jamais de l'ampleur comme ils l'auraient probablement mérité. Il est vrai que la province était encore occupée à combler le retard pris quant à l'instauration de l'assurance-hospitalisation par rapport aux autres provinces et à favoriser l'ouverture d'hôpitaux et d'hospices conformément aux suggestions du comité provincial d'enquête sur les services de santé de 1948. Introduit pour la première fois au Québec par la commission d'enquête sur la santé et le bien être social en 1970, le concept de soins de première ligne va demeurer attaché à celui de soins généraux, un des trois niveaux de soins gradués, délivrés dans le futur par les centres locaux de santé mais en pratique et dans l'immédiat par les hôpitaux et les cabinets privés de médecins.

---

81. A. Bélanger. Une nouvelle loi fédérale: inutile et inappropriée dans Proceedings of the CCPA conference on medicine. Canadian Center for Policy Alternatives, Montréal, 1982.

Dans l'esprit des réformateurs de 1970 les soins externes délivrés par les hôpitaux sont clairement identifiés comme des soins d'urgence, des consultations spécialisées mais aussi des consultations de dépistage et de médecine scolaire ce qui autorisera toutes les interprétations ultérieures. Malgré l'affirmation maintes fois répétée par les autorités du ministère des Affaires sociales d'une séparation entre soins généraux dont le noyau d'organisation devrait être les CLSC et les soins spécialisés ou ultra-spécialisés réservés aux centres hospitaliers, la plupart des acteurs paraissent s'accommoder d'une situation qui conduit une proportion de plus en plus importante de personnes souffrant de malaises courants à se présenter directement à l'hôpital. Prenant acte de cette tendance le ministère des Affaires sociales sera amené au début des années 1970 à confier aux hôpitaux une responsabilité au niveau des soins généraux, les CLSC n'étant plus que des compléments. Des directives sont formulées pour dissocier la vocation générale de centres hospitaliers de leur vocation spécialisée, l'accueil, les soins courants et d'urgence mineure devant être développés sur la base d'une unité organisationnelle distincte.

Les écrits du ministère tout au long de la phase prolongée d'implantation des CLSC confirment cette conception de complémentarité territoriale entre les deux secteurs de soins généraux, les consultations externes des centres hospitaliers d'une part, les CLSC d'autre part et plus timidement le troisième secteur = les cabinets privés.

Ces dernières années ont vu renaître et se confirmer un courant en faveur des services de soins à domicile basé sur les CLSC qu'il est encore trop tôt pour juger quant à son avenir.

Les deux principaux groupes de pression du monde de la santé dont les mémoires et les écrits officiels ont été analysés, paraissent avoir développé tout au long des quinze dernières années une stratégie allant dans le sens du maintien et de la consolidation de la place de l'hôpital dans le champ des soins de première ligne. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a durement bataillé pour maintenir l'omnipraticien à l'hôpital, la différenciant ainsi de syndicats de médecins d'autres pays qui investiront leurs forces à structurer et consolider un champ de la médecine de première ligne en dehors de l'hôpital. Profondément attachée au principe que la dispensation des soins généraux, principale fonction de l'omnipraticien,devrait pouvoir se réaliser au cabinet de consultation, à domicile, à l'hôpital comme à toute autre institution sanitaire, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec va surtout développer de l'énergie pour structurer l'exercice de ses membres en polyclinique bien qu'elle ne soit pas opposée à l'initiative publique.

L'échec de la concertation entre promoteurs des CLSC et représentants officiels des omnipraticiens serait à rechercher dans une sourde opposition entre pouvoir médical et pouvoir social. L'Association des hôpitaux de la province de Québec porte-parole officiel des hôpitaux publics ne pouvait que se satisfaire de directives

du ministère des Affaires sociales visant à la consolidation et la création de services qui regroupent l'urgence et les consultations externes. Ses préoccupations ne concernent que l'organisation de l'urgence et la répartition équitable de la charge de ces services sur une base régionale. L'exis-tence de centres hospitaliers avec DSC va amener progressivement l'Association des hôpitaux de la province de Québec à s'intéresser au concept de santé communautaire et à s'interroger sur le rôle des hôpitaux comme coordonnateurs entre les différentes ressources de soins d'une même sous-région. Des initiatives très timides sont prises en faveur de la réallocation des ressources de première ligne vers les CLSC et l'Association des hôpitaux de la province de Québec développera un modèle de regroupement de santé à service complémentaire qui ne sera jamais suivi d'effets réels.

Comme effets perçus des restrictions budgétaires ces dernières années on aurait même assisté à un repliement des hôpitaux sur leurs propres services. La mise en place de politiques de soins intégrés en faveur des personnes âgées et des handicapés mentaux va peut être permettre dans l'avenir un nouveau démarrage de la concertation sur une base régionale. Les inconvénients de cette médecine de première ligne encore très fortement basée sur les consultations externes et les salles d'urgence sont d'abord d'ordre économique, cette localisation renforçant la place des actes techniques les plus coûteux dans l'éventail des services à la disposition de l'omnipraticien principal ordonnateur de dépenses de première ligne.

Les études micro-économiques cependant ne permettent pas dans l'état actuel de la recherche de trancher indiscutablement en faveur de l'une ou l'autre formule d'organisation des soins de première ligne en terme de rapport coûts avantages.

L'analyse des coûts induits lors de l'allocation de nouvelles ressources de première ligne ou leur réorganisation invite les planificateurs à privilégier les opérations de glissements entre les institutions à celle de création de nouveaux services. Les inconvénients de services de soins primaires localisés dans les hôpitaux ne sont pas seulement économiques. Ce positionnement des médecins de premiers recours introduit un biais de décodage de la demande des bénéficiaires dans le sens d'une plus grande médicalisation de celle-ci. Quelles sont alors les alternatives pour le Québec des années à venir? D'emblée il apparaît que l'hôpital extra-muros et l'hospitalisation à domicile ne constituent que de fausses solutions qui, lorsqu'on les pousse au bout de leur logique, représentent deux formules transitoires de coordination des ressources ambulatoires existantes et de l'hospitalisation, appelées à s'effacer comme structures lorsque leur mission sera achevée. Il est impensable cependant que la situation actuelle de compétition ou de "splendide isolement" des cinq secteurs qui se partagent les soins de santé primaires se perpétue. Toute politique de fragmentation des ressources ne pourrait qu'être préjudiciable aux bénéficiaires et se répercuter dangereusement sur l'état de santé de l'ensemble de la population. Heureusement les contraintes d'une bonne prise en charge de l'ensemble

des problèmes bio psycho-sociaux des personnes âgées ont le mérite de faire toucher du doigt aux professionnels de la santé la réalité du concept de santé globale. Si la place des centres de services sociaux dans le dispositif de service socio-sanitaire parait maintenant clair après le transfert de leurs responsabilités de première ligne aux CLSC, celle des médecines parallèles ne sera pas sans poser des problèmes. L'avenir paraît plutôt dans le retour d'un art médical à une pratique enrichie "d'une nouvelle réflexion philosophique, anthropologique, culturelle, sociale ou éthique" que dans la reconnaissance officielle d'un "nouveau paradigme artificiel" qui ne résoudrait pas "les défauts structurels du système de santé actuel" (réf. 80).

Les conséquences d'un déséquilibre entre les trois principaux secteurs de soins de première ligne = les CLSC, les cabinets et polycliniques privées, les consultations externes et salles d'urgence des hôpitaux invitent d'une part à transférer les ressources de ce dernier secteur sur les deux autres à condition que ces deux derniers se réforment dans leur pratique et se complémentarisent en faveur des bénéficiaires, d'autre part à développer les structures verticales de concertation entre les différents niveaux de ressources sur une base sous régionale en évitant la dichotomie absorbant - absorbée.

Les CLSC devraient en particulier renforcer leur programme de soins médicaux de première ligne et le secteur privé, en réalité financé sur fonds publics, développer une plus grande responsabilité vis-à-vis des bénéficiaires socialement et géographiquement défavorisés. Les

principes de ce transfert devront tenir compte des particularités régionales en particulier selon qu'il s'agit d'un milieu urbain ou de régions dites éloignées.

La priorisation des services ambulatoires de soins de première ligne amorcée ces dernières années sous forme de budget protégé devrait être maintenue et renforcée en y incluant les services ambulatoires spécialisés actuellement dispensés et futurs comme ceux délivrés par les unités de soins palliatifs. Gérés sur une base sous-régionale sous la forme d'une entente entre CLSC, centres hospitaliers de courte durée, représentants du secteur privé des soins de première ligne et Municipalités régionales de comtés ou représentants des bénéficiaires ces services de soins gradués à domicile permettraient à l'hôpital dont la partie hôtelière n'aurait plus la même nécessité de consacrer plus d'énergie au renforcement de sa fonction consultante spécialisée et ultra-spécialisée, "l'hôpital des trente prochaines années pouvant être conçu comme une unité physiquement petite mais très dense, avec pour mission le diagnostic et le soin lourd intégré dans une structure plus large"[82].

---

82. Le citoyen, le malade et l'hôpital dans une politique de santé du XXIe siècle. La revue hospitalière de France, No 386, Décembre 1985, p. 1115.

ANNEXE. Définitions et références méthodologiques

Soins de santé primaires (système de) = "ensemble des services socio-sanitaires de promotion de la santé, de soins curatifs, de réadaptation et d'appui pour répondre aux besoins sanitaires essentiels des populations en s'attachant tout particulièrement aux individus et aux groupes à haut risque, vulnérables et mal desservis".

Cette définition mise à jour par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé[83].

La définition retenue par certains chercheurs du ministère des Affaires sociales n'est pas plus satisfaisante "Les services de santé de première ligne sont les services de santé qui visent principalement à prévenir la maladie, à maintenir la santé, à traiter des maladies aiguës ou bénignes et à maintenir le malade, l'handicapé, la personne âgée ou le convalescent dans son milieu de vie habituel"[84]

Adoptant une démarche à l'envers, faute d'une toxonomie des soins de santé dits primaires et sur laquelle il y ait consensus, ont été considéré comme relevant de la première ligne les services qui sont

---

83. Les buts de la santé pour tous. Bureau régional de l'Europe. Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1985.

84. J.C. Perreault et M.A. St-Pierre. Analyse des dépenses et de l'utilisation des services de santé de première ligne = Québec et ses régions 1974-75 à 1977-78. Ministère des Affaires sociales, Québec, décembre 1979.

délivrés par les médecins omnipraticiens et des professionnels auxquels ils délèguent de fait ou de droit des tâches. On voit tout de suite l'ambiguïté de cette approche, certains généralistes pouvant accomplir des actes spécialisés et certains spécialistes délivrant des services dits généraux. Comme il a été dit dans le corpus de ce travail le partage des services en généraux ou spécialisés s'avère particulièrement nécessaire au niveau des consultations externes et salles d'urgence des hôpitaux en distinguant au moins les trois principales catégories d'acteurs = médecins omnipraticiens, spécialistes et résidents. Ces réserves étant faites il apparaît qu'à l'heure actuelle au Québec le profil de formation des médecins omnipraticiens ou de spécialistes en médecine familiale l'amène à délivrer majoritairement ce qu'un consensus tacite appelle les services de soins de première ligne. Nous avons posé l'hypothèse que la somme des actes fournis de manière croisée était nulle ce qui sera à vérifier par des recherches ultérieures.

Références méthodologiques

En dehors du tableau IV bâti à partir de sources primaires en provenance de la banque de données informatisée du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé sur les coûts et le financement du système de santé du Québec ainsi que du dépouillement systématique des revues L'hôpital d'aujourd'hui (1955 à 1973) suivi de Administration hospitalière et sociale, le Médecin du Québec (entre 1970 et 1985) et des mémoires répertoriés de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'Association des hôpitaux de la province de Québec, toutes les informations traitées dans cette étude sont des sources secondaires.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1] Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et d'analyse des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.